

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1925-1926 N° 46

CONTRIBUTION A L'HISTOIRE DE L'OPÉRATION DE LA CATARACTE

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 7 décembre 1925

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Jean LABROUSSE

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

né à ROCHEFORT-sur-MER (Charente-Inférieure), le 28 Novembre 1902



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-56

—
1925

CONTRIBUTION A L'HISTOIRE
DE L'OPÉRATION DE LA CATARACTE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1925-1926 N° 46

CONTRIBUTION A L'HISTOIRE DE L'OPÉRATION DE LA CATARACTE

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 7 décembre 1925

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Jean LABROUSSE

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

né à ROCHEFORT-sur-MER (Charente-Inférieure), le 28 Novembre 1902



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-56

—
1925

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire M. H. HUGOUNENQ.
Doyen M. J. LEPINE.
Assesseur M. ROQUE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, FLORENCE (A.), TEISSIER.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. BARD
Cliniques chirurgicales	ROQUE
	TIXIER
Clinique obstétricale et Accouchements.....	BERARD
Clinique ophtalmologique	COMMANDEUR
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	ROLLET
Clinique neurologique et psychiatrique	NICOLAS
Clinique des maladies des enfants.....	LEPINE (J.)
Clinique des maladies des femmes.....	MOURIQUAND
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	VILLARD
Clinique des maladies des voies urinaires.....	LANNOIS
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie.....	ROCHET
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.....	NOVE-JOSSERAND
Chimie biologique et médicale	CLUZET
Chimie organique et Toxicologie	HUGOUNENQ
Matière médicale et Botanique	MOREL
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRETIN
Anatomie	GUIART
Histologie	LATARJET
Physiologie	POLICARD
Pathologie interne	DOYON
Pathologie et Thérapeutiques générales	COLLET
Anatomie pathologique	X.
Chirurgie opératoire	PAVIOT
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie.....	PATEL
Médecine légale	ARLOING (F.)
Hygiène	MARTIN (Etienne)
Thérapeutique, hydrologie et climatologie	COURMONT (P.)
Pharmacologie	PIC
	X.

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe	MM. VALLAS
— — Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN
— — Chimie minérale	BARRAL
— — Urologie	GAYET

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Puériculture et hygiène de la première enfance.....	MM. CHATIN
Stomatologie	TELLIER

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	COTTE	CORDIER (V.)	MAZEL
GARIN	DUROUX	ROUBIER	SANTY
SAVY	TRILLAT	FAVRE	DUNET
FROMENT	SARVONAT	BONNET	CHALIER (André)
THEVENOT (Lucien)	FLORENCE (G.)	RHENTER	CHALIER (Joseph)
PIERY	ROCHAIX	LEULIER	NOEL
			CORDIER (Pierre).

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. ROLLET, président ; , FROMENT, assesseur ;
DUROUX et CHALIER A., agrégés.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A MON PÈRE. A MA MÈRE

Faible témoignage de profonde
affection et d'infinie reconnaissance.

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE,
MONSIEUR LE PROFESSEUR ROLLET,
*Professeur de Clinique Ophtalmologique à la Faculté
Membre correspondant de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'Honneur*

Il nous a inspiré le sujet de cette
thèse et nous fait le grand honneur
de la présider ; qu'il veuille bien
trouver ici l'expression de nos senti-
ments très respectueux et reconnais-
sants.

A MES JUGES

A MES MAÎTRES
DES FACULTÉS DE MÉDECINE DE PARIS, DE LYON
ET DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

CONTRIBUTION A L'HISTOIRE DE L'OPÉRATION DE LA CATARACTE

INTRODUCTION

L'histoire de l'ophtalmologie a pris un développement tout particulier à la fin du XIX^e siècle, avec les travaux de Magnus, Hirsch, Hirschberg en Allemagne, et ceux de Malgaigne, Chavernac, Terson en France. Plus récemment, M. le Professeur Truc et le Docteur Pansier, à Montpellier, M. le Professeur Rollet, à Lyon, nous ont donné l'histoire locale de ces deux grandes Facultés.

L'opération de la cataracte, par son ancienneté et son importance, occupe une place prépondérante dans ces travaux historiques. Nous n'avons donc pas voulu en retracer l'histoire complète et détaillée, mais seulement, en donnant un aperçu général sur cette question, étudier deux points particuliers, qui n'ont fait l'objet d'aucun ouvrage spécial : les positions de l'opérateur et de l'opéré et les statistiques des résultats opératoires.

Au Moyen Age et jusqu'en 1860, on opérait le malade assis sur une chaise ; de nos jours, les chirurgiens

giens le couchent sur un lit ; mais cette transformation ne s'est pas effectuée sans de longs tâtonnements, au cours desquels les opérateurs ont adopté un certain nombre de positions intermédiaires, que nous nous sommes efforcés de rechercher.

Depuis l'antisepsie et l'asepsie, grâce à des statistiques récentes, nous savons quels sont aujourd'hui les résultats dans l'extraction de la cataracte. Il est curieux de remarquer combien, pour une opération aussi ancienne, les statistiques sont rares dans la période pré-antiseptique. Nous avons essayé, en parcourant la littérature médicale, de les retrouver, de les discuter et de donner, si possible, une étude comparative des résultats obtenus dans les différentes méthodes.

On peut, croyons-nous, diviser l'histoire de l'opération de la cataracte en trois périodes. La première s'étend des époques les plus reculées, où l'on pratique l'abaissement, jusqu'à Daviel (1745), qui apporte une nouvelle méthode : l'extraction. La deuxième nous conduit jusqu'aux découvertes relativement récentes de Pasteur. Leur application à la chirurgie par Lister, modifiant profondément la technique opératoire en oculistique, nous permet d'envisager une troisième période ou époque contemporaine.

Nous avons donc étudié, dans chacune de ces trois grandes divisions : l'historique, les positions opératoires et les statistiques.

M. le Professeur Rollet a bien voulu nous inspirer l'idée et le plan de ce travail, nous aider de ses conseils éclairés et nous guider avec une inlassable com-

plaisance au cours de nos recherches. Qu'il veuille bien trouver ici l'assurance de notre bien vive et respectueuse reconnaissance. Nous tenons aussi à le remercier d'avoir mis à notre libre disposition les nombreux ouvrages, anciens et modernes, que renferme la bibliothèque de la Clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu de Lyon, où nous avons trouvé les documents nécessaires pour la rédaction de ce travail.

CHAPITRE PREMIER

L'Antiquité et les Arabes

Les premiers ouvrages d'oculistique, parvenus jusqu'à nous, remontent à HIPPOCRATE (400 ans avant notre ère). C'est dans les œuvres qui lui sont attribuées que nous voyons décrit la cataracte pour la première fois. Si l'on en croit CLÉMENT D'ALEXANDRIE, surtout depuis la découverte du papyrus d'EBERS (1500 av. J.-C.), on peut admettre que les sciences médicales, et en particulier l'oculistique, avaient atteint un grand développement chez les anciens Egyptiens. Sur les 42 livres « hermétiques », donnés aux hommes par le dieu Thoth, quatre traitent des maladies et de leur traitement et un en particulier de l'ophtalmologie, ce qui prouve l'importance des maladies des yeux dans ces époques lointaines.

Les Grecs héritent des connaissances égyptiennes, elles-mêmes le fruit de nombreux siècles d'expérience. HIPPOCRATE, pour désigner la cataracte, emploie le mot

γλαυκοςις qui signifie « bleu clair ». Après lui, on emploie υποχυσις ; CELSE, se sert du mot « Suffusio ». C'est à cet auteur qui vivait au premier siècle de notre ère, que nous devons la description de l'opération de la cataracte par abaissement. GALIEN semble aussi connaître l'extraction, mais pour l'avoir vue entreprendre par d'autres chirurgiens. ORIBASE, au IV^e siècle, et PAUL D'EGINE, au VII^e siècle, ne nous apportent rien de particulier sur cette opération, qui ne soit contenu dans le livre de CELSE.

Au VII^e siècle, les Arabes commencent leur conquête du bassin méditerranéen et deviennent les maîtres de la science ; mais ils puisent la plus grande partie de leur savoir dans les livres grecs, dont ils sont d'infatigables traducteurs. Parmi les principaux ophthalmologistes de cette époque, on peut citer RHAZÈS, ABULCASIS, AVICENNE, AVENZOAR. Ce dernier, médecin d'Espagne, nous parle de l'extraction de la cataracte, mais la considère comme impraticable : « Oportet
« quidem ut extrahatur cataracta post ipsius perfec-
« tam digestionem et coagulationem... Et cum dico
« extrahere cataractam intellige sane quod impos-
« sibile est eam extrahere sicut multi crediderunt,
« sed profundatur cum acu inferius in spissitudinem
« oculi. »

ABOU-KASSIM, autre chirurgien arabe, pratiquait aussi la succion de la cataracte ; il employait à cet effet des aiguilles creuses pour ponctionner la cornée. MALGAIGNE déclare cependant que les Anciens confondaient la cataracte avec l'hypopyon ; quoiqu'il en soit, il ne nous est resté que fort peu de détails sur

l'extraction et la succion, et nous ne décrivons que l'abaissement, tel que le pratiquait CELSE.

TECHNIQUE OPERATOIRE

Voici d'abord ce qu'il nous dit sur la position de la cataracte : « L'humeur qui est placée au-dessous de « la céroïde et de la choroïde, à l'endroit où j'ai « dit qu'il y avait un vide, s'épaissit quelquefois à « la suite de quelque maladie ou de quelque coup, « se durcit peu à peu et s'oppose à la vision. » Les Anciens croyaient en effet que le cristallin était l'organe de la vision et qu'il se faisait dans l'œil une chute de liquide en avant du cristallin, d'où le mot cataracte, du grec *καταρακτης* : chute d'eau. C'est sur cette conception erronée que vont vivre les Arabes et tout le Moyen Age, jusqu'à KÉPLER et BRISSEAU.

CELSE nous décrit ensuite l'opération : « On fait « asseoir le malade sur un siège placé dans un endroit bien éclairé, la face tournée du côté de la « lumière, l'opérateur se place vis-à-vis de lui, sur « un siège plus élevé ; on fait mettre un aide derrière « le malade, pour lui tenir la tête et l'empêcher de « remuer, car le moindre mouvement qu'il pourrait « faire le mettrait en danger de perdre la vue pour « toujours. Afin de donner plus d'immobilité à l'œil « sur lequel on doit opérer, on applique sur l'autre « de la laine, qu'on y maintient par le moyen d'un « bandage. Si la cataracte est sur l'œil gauche, on « opère avec la main droite ; et avec la gauche, si « elle est sur le droit. Les choses étant ainsi disposées, le chirurgien prend son aiguille, qui doit être

« plate et tranchante, il l'enfonce en ligne droite à
« travers les deux membranes extérieures, au point
« intermédiaire entre la pupille et le petit angle de
« l'œil, vers le milieu de la hauteur de la cataracte,
« pour ne point offenser de vaisseaux. Il doit l'en-
« foncer hardiment, parce que le lieu où elle se
« dirige est vide ; lorsqu'il est sûr d'y être arrivé (et
« le moins habile ne peut s'y tromper, car on n'éprou-
« ve plus de résistance), il incline son aiguille et la
« tourne doucement sur la cataracte, qu'il abaisse
« peu à peu au-dessous de la pupille. Il appuie alors
« davantage sur la cataracte, afin qu'elle reste dans
« l'endroit où il l'a enfoncée ; si elle y tient, l'opé-
« ration est faite, mais si elle remonte, il faut la bri-
« ser en plusieurs parties avec le tranchant de l'ai-
« guille. »

C'est la méthode du broiement.

Avant l'opération, CELE veut que l'on prépare le
malade en « le faisant peu manger, boire que de
« l'eau pendant trois jours et en l'empêchant de rien
« prendre la veille ».

Après l'opération, il applique sur l'œil « de la laine
« fort douce, enduite de blanc d'œuf et par-dessus
« cette laine, des médicaments propres à empêcher
« l'inflammation. On maintient le tout par le moyen
« d'un bandage. Le malade doit ensuite observer le
« repos et faire abstinence ; on le panse avec des lini-
« ments adoucissants, et le lendemain au plus tôt,
« on lui donne quelques aliments, mais liquides, afin
« d'éviter les mouvements de la mâchoire, et lorsque
« l'inflammation est passée, on le met au régime

« que nous avons décrit dans le traitement des blessures ».

Les Arabes opèrent par l'abaissement, suivant la méthode de CELSE. D'après le Docteur LAKDARI, à qui nous empruntons ces détails, le malade est placé dans un coin d'une chambre bien éclairée, tenu entre les genoux du médecin (ALBUCASIS), ou sur un banc (ALIBEN-ABBAS). Détail intéressant : avant l'opération, ils font laver l'œil à l'eau chaude et l'essuyer soigneusement avec du coton. Comme soins post-opératoires : pansement au blanc d'œuf ou à l'eau de rose. De plus, ils semblent avoir employé les narcotiques, en particulier l'opium, pour les opérations délicates sur les yeux. Malheureusement, cette coutume disparut avec eux.

RESULTATS OPERATOIRES

Il serait intéressant de connaître quels étaient les résultats obtenus par ces chirurgiens, mais tous les auteurs sont muets sur ce point. A Rome, la médecine était entre les mains des Grecs. Il y avait bien, à cette époque, des écoles, où on enseignait les sciences médicales, comme celle qui prospéra en Egypte sous le règne des Ptolémées ; cependant, beaucoup s'improvisaient médecins ou chirurgiens sans études préalables. Dès l'époque de CELSE, on voyait apparaître les οφθαλμικοι ou *ocularii*, dont les descendants seront les oculistes ambulants du Moyen Age. Leurs succès ne devaient pas être très nombreux, si nous en croyons le poète : « Hier, tu étais oculiste, te voilà « gladiateur, tu n'as pas changé d'état, tu crèves tou-

« jours les yeux ». Les médecins étaient aussi pharmaciens. GALIEN, dit-on, tenait boutique sur le forum et leurs officines devinrent plus tard les boutiques de barbier.

Les Arabes, dont nombre de chirurgiens nous ont laissé d'importants travaux, ne manquaient pas, eux non plus, de charlatans. RHAZÈS, atteint de la cataracte sur la fin de sa vie, refusa, dit-on, de se laisser opérer par un chirurgien qui ne connaissait pas le nom des tuniques de l'œil.

Le texte de CELSE nous laisse supposer que si l'opération réussissait dans un certain nombre de cas, l'inflammation était de règle. Il faut bien admettre que les déboires étaient fréquents, car, après les Arabes, l'abaissement ne sera plus pratiqué que par de rares chirurgiens dignes de ce nom ; si les résultats avaient été favorables, cette opération, vue son importance, ne serait certainement pas tombée en discrédit.

CHAPITRE II

Du Moyen Age à Daviel (XVIII^e siècle)

HISTORIQUE

Après la chute de l'Empire romain, en 395, et les troubles qui succèdent à son démembrement, la médecine tombe en décadence dans tout l'Occident. Au milieu de ces siècles barbares, les moines conservent les manuscrits échappés aux pillages et c'est à l'abri des couvents et des églises que se fondent des écoles de médecine embryonnaires.. Les Arabes, bien que battus à Poitiers par Charles-Martel, donnent un nouvel éclat aux sciences médicales en Occident. Au début du XIII^e siècle, se fondent les Facultés de Paris et de Montpellier, qui remontent à 1200 et 1220. On y étudie sur des textes grecs ou des traductions arabes. Il n'existe alors que le titre de Maître en médecine et ce n'est qu'en 1597 que se crée une chaire de chirurgie officielle. On distingue alors : le médecin, le maître chirurgien, le chirurgien et les périodeutes (parmi lesquels les oculistes). Avant cette période et

même jusqu'à la fin du XVIII^e siècle, la pratique de l'oculistique est presque entièrement libre ; l'enseignement de cette branche de la médecine ne devient officiel qu'en 1765, date à laquelle se fonde, à l'Ecole de Chirurgie de Paris, une chaire d'ophtalmoïâtrie, avec DESHAIS-GENDRON comme titulaire.

Nous n'avons donc presque rien à dire sur toute cette période et les maîtres chirurgiens célèbres, dont les ouvrages nous sont restés, ont peu pratiqué l'opération de la cataracte.

BIENVENU GRAFFE (1), encore nommé Bienvenu de Jérusalem, dans son traité « le compendil pour la douleur et maladie des yeux », décrit l'abaissement, mais d'après les anciens auteurs.

LANFRANC (2), lui non plus, n'apporte rien d'original et il décrit la technique opératoire comme quelqu'un qui ne l'a jamais exécutée.

GUY DE CHAULIAC (3), maître en médecine, médecin et chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Lyon en 1348, nous a laissé sa *Grande Chirurgie*, où il est longuement parlé des maladies des yeux. Il ne connaît que l'abaissement de la cataracte ; il entoure son opération de pratiques pieuses « et adonc, en repliant un peu la « cataracte, qu'il la mette et transpose en bas, et « qu'il la tienne là avecques l'aiguille tant qu'on pour « rait dire trois fois le *Pater* ou un *Miserere*. » Guy

(1) 1305-1363 ?

(2) Médecin italien du XIII^e siècle, vint à Paris en 1295 et professa au Collège de chirurgie de Saint-Côme.

(3) Né à Chauliac, dans le Gévaudan, mort vers 1380.

de Chauliac semble préférer pour les cataractes un traitement médical qu'il décrit longuement.

PIERRE FRANCO (1) pratique lui aussi l'abaissement après traitement médical.

AMBROISE PARÉ (2) décrit une aiguille nouvelle, aplatie à son extrémité, et il délaisse l'aiguille ronde et pointue.

GEORGES BARTISCH, oculiste de la cour du duc Auguste de Saxe, pratique pour la première fois l'énucléation de l'œil. Il nous reste de lui un traité orné de très belles planches. Nous en reproduisons une, celle représentant une opération de cataracte par abaissement : le malade est assis sur un banc près d'une fenêtre ; devant lui, le médecin, sur un siège légèrement plus élevé, tient entre ses genoux les jambes du patient, dont un aide maintient solidement la tête. Tous les trois sont en costume de l'époque. Près de l'opérateur sont placés sur une table, une cuvette, une aiguille à cataracte et un bandeau.

FABRICE DE HILDEN (3) est considéré comme le restaurateur de la chirurgie en Allemagne ; il nous a laissé un volumineux traité. Malheureusement, bien que du *xvii^e* siècle, il nous renvoie pour la technique opératoire à Celse et Galien, mais il nous donne un procédé nouveau pour éviter les tremblements du bras qui opère (4). Il nous raconte l'histoire d'un vieux

(1) Né à Turriers, près de Sisteron (Provence) vers 1500, mort vers 1570.

(2) Né à Bourg-Hersent près de Laval vers 1500, mort à Paris en 1590.

(3) Né à Hilden en 1590, mort à Berne en 1634.

(4) *Centuria IV* p. 296.

chirurgien « dont le bras tremblait tellement pendant « l'opération qu'il demandait à un serviteur ou à « tout autre personne parmi les assistants de lui soutenir en l'étayant au-dessous. » Aussi Fabrice de Hilden, pour éviter cet inconvénient qu'il juge grave, fit construire un banc long et assez bas, muni d'un dossier. A cheval sur ce banc s'asseyait d'abord le malade et, face à lui, le médecin; mais sur un coussin, pour être dans une position plus haute. Entre eux deux, et contre le banc, à droite pour l'œil droit et à gauche pour l'œil gauche, Hilden place une colonne surmontée d'un plateau, creusé en cupule et muni d'une garniture, dans lequel le chirurgien place son coude.

Nous verrons les auteurs du ^{xix}^e siècle s'ingénier à trouver, eux aussi, des positions commodes pour éviter les tremblements du bras. Hilden considère l'abaissement comme peu douloureux et ne fait pas attacher le malade. Après lui, nous arrivons au ^{xviii}^e siècle, à la période brillante de l'ophtalmologie.

RESULTATS OPERATOIRES

Aucuns de ces auteurs ne nous ont livré leurs résultats, mais il nous est facile de les soupçonner. Le patient, nous dit GUY DE CHAULIAC, doit être clystérisé et saigné, il faut l'opérer à neuf heures (Heure de Tierce) par un temps clair, serein, septentrional, et non méridional « ni tonnerre, ni chaleur, au mois de may ou de septembre ».

« L'opérateur doit avoir masché de la graine de fenouil ou des ails ou quelque chose acre. » Après

L'opération de la Cataracte en 1583



(Gravure extraite du livre de Bartisch von Königsbrück.)

l'opération, on applique sur l'œil un pansement au blanc d'œuf. Le malade soigneusement bandé, est couché et mis à la diète pendant deux jours, son pansement est renouvelé deux fois par vingt-quatre heures et cela durant neuf jours.

Malgré la diète et la saignée, les résultats étaient loin d'être favorables, c'est l'opinion d'Arnaud de Villeneuve, au ^{xiii}^e siècle. Lanfranc, nous avoue qu'il a dû abandonner l'abaissement, les suites fâcheuses contrariant, dit-il, la réputation de l'opérateur. Bartisch donne le conseil suivant : « tout oculiste doit
« dès sa jeunesse avoir étudié et pratiqué le métier
« de barbier où tout au moins de baigneur » et non pas « quitter la charrue ou le char de fumier comme
« le font la plupart des oculistes actuels ».

Ceci montre jusqu'à quel niveau était tombée l'oculistique. Nous voyons ces chirurgiens ambulants qui opèrent de la taille et abaissent la cataracte, exercer encore au ^{xvii}^e siècle. Ils se succédaient parfois de père en fils; la plus connue de ces familles fut celle des TAYLORS, dont un membre, nous dit LAWRENCE, vint sur le continent; il allait sur les routes dans un carrosse qui portait sur ses parois la devise de la famille « Qui visum dat, vitam dat ».

Certains de ces oculistes avaient une grande réputation. Jean de Bohême vint à Montpellier pour être opéré de la cataracte par GUY DE CHAULIAC, maître en médecine, après avoir subi les traitements de deux oculistes que ce roi avait fait venir de très loin; l'un d'eux paya d'ailleurs de sa vie, l'insuccès de sa thérapeutique et fut jeté dans l'Oder. Mais GUY DE CHAU-

L'opération de la Cataracte en 1717



*Gravure extraite du Livre de Laurent Heister.
(Due à l'obligeance du « Lyon-Chirurgical »)*

LIAC ne fut pas plus heureux et Jean de Bohême, devenu aveugle, se fit tuer à Crécy.

Nous reproduisons à la page précédente une curieuse gravure sur bois de 1717, extraite d'un livre de polémique de LAURENT HEISTER, oculiste allemand, contre WOLHOUSE, qui représente l'abaissement de la cataracte au siècle de Louis XIV, quelques années avant l'invention de DAVIEL. Même position des personnages que dans la gravure de Bartisch, seuls ont changé les meubles de la chambre et les costumes. (Pl. II.)

CHAPITRE III

De Daviel (XVIII^e siècle) à l'Antisepsie (1880)

HISTORIQUE

Avec le XVIII^e siècle, l'ophtalmologie entre dans une période fertile en découvertes, presque toutes d'origine française. En 1709, PIERRE BRISSEAU publie son traité de la cataracte et du glaucome, et attribue au cristallin son rôle exact. « Je ne doutais point, nous
« dit-il, que toutes les véritables cataractes n'étaient
« rien moins qu'une membrane engendrée dans l'humour aqueuse, mais un endurcissement et opacité
« du cristallin. » Cette découverte avait comme précurseur KÉPLER, qui, en 1604, donna une théorie nouvelle de la vision. Mais il fallut la tenacité et le courage de BRISSEAU pour faire admettre définitivement la vérité : « Je proposai mon opinion sur la cataracte
« que M. Duverney rebuta fort et dit devant ces Messieurs qu'il me conseillait en ami de ne la point

« mettre au jour, si je ne voulais perdre ma réputation parce que je trouverais sur mon chemin des gens qui me culbuteraient ; à quoi je répondis que ceux qui s'y opposeraient, risqueraient plus que moi. »

En 1707, MÉRI, l'année suivante POURTOUT DU PETIT, et en 1710 SAINT-YVES pratiquent l'*extraction* d'un cristallin passé dans la chambre antérieure ; mais c'est à DAVIEL (1), obligé d'effectuer en 1745 la même opération, que revient l'honneur d'avoir fait de ce procédé une méthode applicable aux cas ordinaires. En 1752, dans son *Mémoire à l'Académie Royale de Chirurgie*, il publie la première statistique portant sur 206 extractions : il pratique l'*extraction à grand lambeau* ; incision de la cornée en trois temps, dilacération de la cristalloïde antérieure et expulsion du cristallin. La découverte de DAVIEL eut un grand retentissement et GUÉRIN, à Lyon, l'adopta aussitôt. Voici comment il décrit cette opération : « Tout étant
« disposé, le malade sera placé dans une chambre
« médiocrement éclairée, afin que le trop grand jour
« ne fasse pas rétrécir la prunelle et ne pénètre pas
« dans l'œil avec trop de force, après l'opération,
« ce qui pourrait l'offusquer. Le malade sera assis
« sur une chaise un peu basse ou sur un tabouret ;
« celui qui opère s'assiera devant le malade, sur une
« chaise plus élevée que lui et vis-à-vis, afin qu'en
« opérant il appuie ses coudes sur ses genoux. Il

(1) Né à La Barre (diocèse d'Evreux le 11 Août 1696, mort à Genève le 30 Sept. 1762.

« couvrira l'autre œil avec un bandeau, ensuite de
« quoi un élève placé derrière le malade posera une
« main sur le front, en allongeant deux doigts sur la
« paupière supérieure et l'autre main sous le men-
« ton. »

Le chirurgien pénètre alors dans la chambre antérieure, près de la sclérotique, à l'aide d'une première aiguille, agrandit l'orifice au moyen d'une seconde aiguille mousse et finit de sectionner avec des ciseaux. Après quoi, il déchire la cristalloïde antérieure et extrait le cristallin par pression sur le globe.

SCHARP et LAFAYE simplifient la méthode de DAVIEL et pratiquent l'incision en un seul temps. Ce dernier chirurgien invente un kystitome, ancêtre de celui découvert au XIX^e siècle par RIVAUD-LANDRAU à Lyon. En 1751, PALLUCCI découvre la contre-ponction pour tailler le lambeau cornéen et se sert d'un couteau spécial. DAVIEL^e ne dédaigne pas les perfectionnements que ces différents auteurs apportent à sa méthode et suit leur technique opératoire.

Malgré l'autorité de ces chirurgiens, l'abaissement se pratique concurremment avec le nouveau procédé. DAVIEL lui-même, après avoir opéré pendant 17 ans par l'extraction, revient, sur la fin de sa vie, à l'antique méthode et renie ainsi tout son passé. Les causes de cet insuccès relatif résultent de la crainte des opérateurs vis-à-vis de l'infection, la suppuration semblant plus à redouter avec l'incision à grand lambeau. D'autre part, si l'abaissement laisse un corps organique déplacé intra-oculaire, avec toute possibilité d'intolérance ultérieure, l'extraction, sans

anesthésie locale, expose à l'issue du vitré. Enfin, si les résultats par extractions, à cette époque, donnent un pourcentage immédiat supérieur, par contre, l'abaissement a l'avantage de permettre une seconde opération en cas d'échec.

Au début du XIX^e siècle, DUPUYTREN à Paris, LES MONTAINS à Lyon et SCARPA à Pavie préconisent l'abaissement. Ce dernier auteur décrit une aiguille très pratique pour déplacer le cristallin et invente le procédé de la réclinaison par la cornée ou kératonyxis. VELPEAU et CLOQUET abaissent la cataracte. LAUGIER remet en faveur la succion, suivant un procédé renouvelé des Arabes.

Il faut donc attendre jusqu'aux études de DE GRAEFE pour voir le triomphe définitif de la méthode rationnelle. L'extraction linéaire résulte des travaux de GIBSON en 1811 et de TRAVERS, en 1814, avec comme précurseurs SAINT-YVES, POURTOURT DU PETIT et PALLUCCI. DE GRAEFE propose de combiner l'iridectomie à l'extraction linéaire et donne à son procédé le nom d'*extraction linéaire modifiée*. Il consiste essentiellement à introduire la pointe d'un couteau très étroit, ayant à peine un millimètre de largeur, dans la partie déjà opaque du limbe scléro-cornéen et à le faire ressortir de l'autre côté de la cornée, en un point symétrique, par contre-ponction, au niveau de l'angle de la chambre antérieure. DE GRAEFE cherche à diminuer ainsi l'étendue de la plaie, la hauteur de l'incision ne devant pas dépasser un millimètre.

MOOREN conseille l'*iridectomie préventive* quinze jours avant l'opération ; JACOBSON, au contraire,

pratique l'iridectomie en même temps que l'extraction. Les suppurations diminuent, mais le procédé à grand lambeau effectué par des opérateurs habiles et exercés, ne donne pas de résultats moins favorables. Aussi, de nombreux auteurs, comme CHAVERNAC, DE WECKER, reviennent à la méthode de DAVIEL et l'extraction linéaire n'est plus employée, au moins en France, lorsque l'antisepsie et la cocaïne font leur apparition.

Soins pré- et post-opératoires

Avant 1880, les soins pré-opératoires sont presque nuls. SCARPA recommande cependant un large vésicatoire deux ou trois semaines avant l'opération et la pommade à l'onguent ophtalmique. A l'époque de DAVIEL, certains oculistes donnent aux malades, souvent pendant plusieurs semaines, un nombre infini de purgations et de potions. PELLIER DE QUENSY s'élève contre cette méthode, qui fut peu à peu abandonnée, au moins partiellement.

Après l'opération, les deux yeux sont recouverts par une petite compresse, surmontée d'un gâteau non filé, et modérément serrée ; c'est le pansement sec, préconisé par MAUNOIR, DELMAS, et CARRON DU VILLARD, que l'on enlève du premier au cinquième jour, suivant les auteurs. Les anciennes compresses humides sont peu à peu délaissées; PELLIER DE QUENSY s'est élevé l'un des premiers contre cette pratique, mais SCARPA, au début du XIX^e siècle, préconise encore, en cas d'inflammation, « le pansement au blanc d'œuf

et à l'eau de rose, battu avec un morceau d'alun, jusqu'à ce qu'il demeure écumeux ». Dans le service de Roux, dont les résultats sont un peu défavorables pour l'époque, les malades ne portaient devant leur œil qu'une compresse qu'il pouvaient soulever pour se laver les yeux à l'eau fraîche « aiguisée à l'eau de Goulard ».

WENZEL et BELL font saigner le malade une heure après l'opération.

Autre détail intéressant, l'opération de la cataracte s'exécute au printemps et en automne. Les chirurgiens avaient remarqué depuis fort longtemps que les résultats opératoires étaient particulièrement décevants pendant les chaleurs de l'été. Cette coutume disparut peu à peu, avec l'antisepsie, mais nous la voyons encore observée en 1886, dans le service du Professeur GAYET, qui, pour avoir la main plus sûre et des aides mieux exercés, préférait opérer ses malades en série.

Comment l'opérateur place son malade et se place lui-même

La position à donner au malade, à l'opérateur et à son aide fut l'objet de vives discussions pendant toute la période que nous venons d'étudier. Nous aurons à envisager successivement, en nous plaçant par rapport au malade, trois positions : assise, couchée, debout.

POSITION ASSISE. — La position assise, employée pendant tout le moyen âge, se trouva encore en grande

faveur au XVIII^e siècle et la première moitié du XIX^e. Elle fut employée par GUÉRIN et GENSOUL à Lyon, et par SCARPA.

Le banc sur lequel s'asseyait le patient, au temps de GUY DE CHAULIAC, subit de nombreuses transformations. BEER plaçait le malade sur un tabouret de musicien, qui pouvait ainsi être plus ou moins exhaussé, suivant les cas ; cette pratique fut généralement adoptée en Angleterre. En France, on se servit d'un siège à dossier élevé, pour mieux soutenir le patient en arrière et diminuer ainsi le travail de l'aide. Dans le but d'éviter les oscillations transmises à la tête par les mouvements respiratoires de l'aide, qui n'étaient pas sans danger, et pour maintenir plus solidement le patient, RICHTER, BEER firent construire un fauteuil dont le dos à moitié renversé pouvait soutenir le malade. BENJAMIN BELL y adapta une crémaillère montée sur un genou mobile ; la tête de l'opéré était placée dans une pelote creuse, et maintenue fixement par ce procédé ; c'est le genre de fauteuil adopté par les dentistes.

SANSON plaçait son patient assis sur une table.

Le chirurgien était soit assis vis-à-vis du malade, dans une situation légèrement plus élevée, et le coude appuyé sur ses genoux, soit debout lorsque le malade se trouvait sur un siège fortement exhaussé. Mais, à l'exemple de MARC-ANTOINE-PETIT, SCARPA, SANSON, DELPECH, de nombreux auteurs donnent un point d'appui à la main qui opère en appuyant le coude sur leur genou, le pied préalablement exhaussé sur une chaise pour ceux qui opèrent debout, ou

posé sur un tabouret pour ceux qui préfèrent s'asseoir, comme SCARPA, dont voici le texte :

« Le chirurgien s'assied vis-à-vis de lui, sur une chaise assez élevée pour que sa bouche se trouve au niveau de l'œil du malade qu'il se dispose à opérer; et pour donner plus de fermeté à sa main dans les différents mouvements qu'il devra faire pour déprimer la cataracte, il appuiera le coude correspondant à sa main sur le genou du même côté, que, pour cet effet, il élèvera autant qu'il sera besoin, en portant le pied sur un tabouret et, selon les circonstances encore, en plaçant sur son genou un coussinet assez dur. » Cette manière d'opérer n'était pas conseillée par tous les auteurs et NÉLATON reproche à ce procédé de ne point laisser à la main et au bras toute sa liberté d'action.

L'aide se tenait derrière le patient et lui maintenait solidement la tête contre sa poitrine; maintenant d'une main le menton, tandis qu'avec l'index et le médius de l'autre main, il relevait la paupière supérieure et la fixait sur le rebord orbitaire.

POSITION COUCHEE. — La position couchée fut employée pour la première fois par PIERRE-PAMARD, chirurgien avignonnais, en 1759. Habitué à s'exercer à l'opération de la cataracte sur les cadavres, à l'amphithéâtre, toujours dans la position horizontale, il eut l'idée d'opérer le vivant dans la même position.

Cette méthode n'était cependant pas nouvelle, puisque nous la voyons déjà citée par ARNAUD DE VILLE-

NEUVE (1) au XIII^e siècle : « Cela fait, assieds-toi sur
« un banc à côté du patient couché sur le dos, tient
« sa tête entre tes jambes et ouvre l'œil cataracté en
« le tenant par en haut, tandis que ton élève (*discipu-*
« *lus tuus*) le tient par en bas. » Mais ARNAUD DE VIL-
LENEUVE ne peut être considéré comme un novateur,
car il décrit l'opération sans l'avoir pratiquée lui-
même.

PAMARD, lui, nous donne plus de détails : « Le ma-
« lade est couché sur un lit étroit, placé à côté d'une
« fenêtre dont le jour vient sur la gauche du malade.
« Par cette situation, dont il est aisé de sentir les avan-
« tages, tant pour le malade que pour moi et mon
« aide, qui, étant tant soit peu exercé, tient avec les
« deux doigts du milieu les paupières écartées (sans
« m'occasionner le moindre embarras), je compte
« pour beaucoup la facilité d'opérer les deux yeux
« avec la main droite, en me plaçant devant le ma-
« lade pour opérer l'œil gauche et derrière sa tête
« pour opérer l'œil droit. Ensuite, un malade couché
« est toujours plus tranquille. » Après lui, MARC-
ANTOINE-PETIT et POYET recommandèrent, eux aussi,
cette position pour l'extraction, et le baron DUPUY-
TREN, pour l'abaissement. On lui reconnut l'avantage
de prévenir les syncopes, d'éviter les mouvements du
malade, qui ne peut fuir en arrière et de ne pas
nécessiter le transport sur un lit, temps post-opéra-
toire toujours redouté, surtout pour l'abaissement,
puisque BARTISCH demande, en 1583, que le lit soit
placé dans la pièce même où se pratique l'opération.

(1) Truc et Pansier, Histoire de l'ophtalmologie à Montpellier
du XII au XV^e siècle, p. 89.

Malgré tous ces avantages, les auteurs discutent très longtemps. Chaque chirurgien adopte l'un ou l'autre des deux procédés, suivant ses goûts personnels.

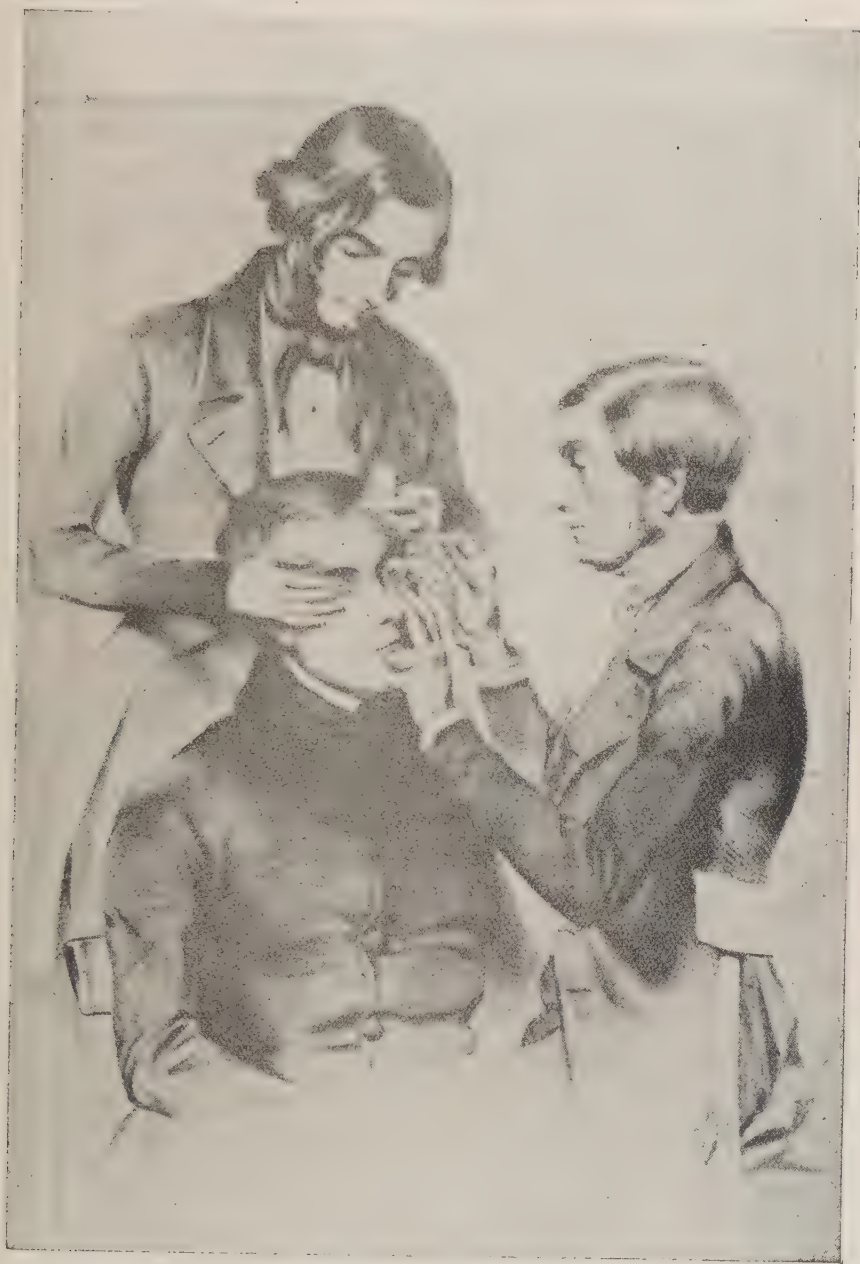
SCARPA et PANIZZA, partisans de l'abaissement, font asseoir leur patient ; mais VELPEAU, abaisseur lui aussi, le fait placer sur un lit. BONNEFIN écrit dans sa thèse, en 1831, parlant de la position horizontale : « Mais cette manière est tellement incommode pour l'exécution de l'extraction qu'elle a été généralement délaissée ».

Une opinion contraire est soutenue, en 1837, par CARRON DU VILLARDS : « L'expérience m'a prouvé
« qu'il n'était pas indifférent de placer le malade
« dans une position plutôt que dans une autre, quand
« il devait subir l'opération de la cataracte... et je
« suis persuadé qu'autant cette position (malade couché) est avantageuse dans l'extraction, autant elle
« est nuisible dans l'abaissement. »

DE GRAEFE opère le patient couché, et, après lui, les opérateurs de la fin du XIX^e siècle. Il faut dire que la possibilité d'endormir les sujets nerveux conduisait les chirurgiens à opérer comme pour la chirurgie des autres régions.

L'opérateur se tenait debout, légèrement penché en avant, à côté de la tête du malade que l'on soulevait légèrement à l'aide d'un oreiller. Le chirurgien pouvait appuyer son pied sur une chaise et son coude sur son genou, comme dans la position assise. Si l'opérateur n'était pas ambidextre, il pouvait se

L'Opération de la Cataracte en 1844



*Gravure extraite de la thèse de De Abreu.
(due à l'obligeance du « Lyon Chirurgical »)*

placer derrière le malade et opérer ainsi l'œil droit ou gauche, avec la main de même nom.

L'aide se contente de tenir solidement la tête du patient, en se plaçant en opposition avec l'opérateur, et de soulever, suivant les cas, la paupière supérieure ou inférieure.

POSITION DEBOUT. — La position debout fut employée par BARTH. Il plaçait le malade droit contre un mur et écartait lui-même les paupières ; mais ce procédé, qui permettait d'éviter tout mouvement de recul et la présence d'un aide, étant trop peu pratique pour l'opérateur et surtout pour le malade, ne fut pas suivi.

Voici représentée une opération de la cataracte en 1844, d'après une gravure extraite de la thèse de de Abreu, élève de Cunier. Les personnages sont en costume de ville. L'opérateur est assis en face du patient et pratique l'abaissement de la cataracte. (Planche III.)

1

CHAPITRE IV

Statistiques opératoires depuis Daviel jusqu'à l'antisepsie

Nous rapportons ici les statistiques d'opérations de cataracte que nous avons pu retrouver dans la littérature médicale, nous réservant, à la fin de ce chapitre, d'en discuter la valeur. Jusqu'en 1880, et même au delà, les résultats furent rarement publiés et les chirurgiens aimaient peu parler de leurs insuccès. Nous avons cherché autant que possible à respecter l'ordre chronologique.

METHODE PAR EXTRACTION

DAVIEL, en 1752, dans son *Mémoire à l'Académie royale de Chirurgie*, rapporte, sur 206 extractions faites en 13 ans, 182 succès, soit 88 %. L'Académie, étonnée d'un si beau résultat, fit contrôler la statistique de Daviel par CAQUÉ qui, prenant comme base les opérations effectuées à Reims par l'illustre chirurgien, annonçait, dans une communication datée

du 15 janvier 1753, que sur 34 extractions, Daviel avait obtenu 17 succès, 8 demi-succès et 9 insuccès, soit 50 % de résultats très favorables.

LA FAYE, en 1753, sur 13 opérations, donne 4 succès, 5 demi-succès, 4 insuccès. D'après JACOBSON, sur 6 opérations, il aurait eu 70 % de succès.

SCHARP, d'après FOUCHER, aurait eu, sur 19 extractions, 1 succès passable, dans la moitié des cas, mais inflammation dans toutes les opérations.

JANIN DE COMBE-BLANCHE, *oculiste de la ville de Lyon*, opère, en 1767, devant POUTEAU, de la cataracte par extraction ; il avait une grande renommée dans cette opération, mais il ne nous a pas laissé de statistique ; nous savons cependant qu'il opéra avec succès le duc de Modène, qui l'annoblit et lui donna une pension de 2.400 livres.

MARC-ANTOINE PETIT, *le premier chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Lyon nommé au concours*, le 10 juin 1788, obtient par l'extraction 18 succès sur 21 opérés, et dans une autre série, 19 succès sur 23 opérations.

TARTRA, en 1810, nous donne, sur 33 opérations, 75 % de succès.

ROUX, *chirurgien de la Charité de Paris*, obtient, de 1810 à 1819, sur 306 extractions, 188 succès, soit 61 %, et de 1830 à 1833, sur 179 cas, 68 % de succès.

ROWLEY, d'après *Jacobson*, aurait eu 84 % de succès.

RICHTER, d'après *Dingé*, aurait guéri par l'extraction 7 malades sur 10.

BEER, dont nous n'avons pas la statistique, donne 70 % de succès .

JÆGER, professeur à Vienne, sur 1.011 opération

pratiquées de 1826 à 1844, n'accuserait, d'après *Dingé*, que 64 insuccès.

RIVAUD-LANDRAU, *ophtalmologiste lyonnais*, publie, en 1861, la plus importante statistique de l'époque. Sur 2.073 cas, il annonce 1.764 succès, soit 84 %, 108 demi-succès, 201 insuccès.

DUBOIS DE VERSAILLES donne des résultats inférieurs : 60 % de succès.

BARRIER, *chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Lyon*, sur 83 opérés, a 68 guérisons.

SICHEL publie, en 1853, ses résultats, qui sont contenus dans la thèse de *Dingé*. Sur 525 opérations, 69 ont été suivies de suppuration de la plaie de la cornée, soit environ 13 %. Ces 69 extractions ont donné comme résultats définitifs, 27 succès, 6 demi-succès et 36 insuccès. DINGÉ et DOUMIC ont également publié les résultats de Sichel pour toute la période comprise entre 1840 et 1854 : 780 extractions, avec 610 succès (79 %), 71 demi-succès et 93 insuccès.

MOOREN publie, en 1862, ses résultats opératoires obtenus par une méthode particulière, qui est simplement l'extraction à lambeau, avec iridectomie préalable deux ou trois semaines avant l'opération. Il se base sur 59 extractions ; il a 39 succès immédiats, 3 résultats moyens et 2 pertes complètes de la cornée par suppuration. Les autres opérations n'ont pas rendu la vue aux malades ou ont nécessité une seconde intervention.

JACOBSON pratique, dans la même séance, l'extraction et l'iridectomie, après la sortie du cristallin. Il n'accuse que 3 insuccès sur 140 opérés.

DE GRÆFE, par *l'extraction linéaire modifiée*, aurait eu 90 % de succès complets et 4 % de demi-succès. Statistique basée sur 369 opérations.

MEYER et MOOREN, par la même méthode, indiquent 97 % de succès.

ARLT, de 1866 à 1873, sur 1.075 extractions, donne un pourcentage de 95 % de succès, et de 1874 à 1881, sur 1.547 opérations, 97 % de succès.

ROTHMUND PÈRE, sur 186 extractions, 4 % d'insuccès, et ROTHMUND FILS, sur 1.420 cas, de 1869 à 1883, 4 % de perte.

NAGEL, de 1868 à 1880, donne une moyenne de 95 % de bons résultats.

GAYET, *professeur à la Clinique ophtalmologique de Lyon*, publie, en 1872, une statistique de 216 opérations pratiquées à l'aide de l'extraction linéaire avec seulement 10 infections. Dans la thèse de son élève CUCHE, nous avons ses résultats opératoires pour la période comprise entre 1871 et 1880, date où apparaît la méthode antiseptique.

Sur 1.555 opérations (*Thèse de Cucho*), on note 71 accidents suppuratifs graves, 39 panophtalmies ou phlegmons de l'œil, 24 iritis ou irido-capsulites, 3 infiltrations ou fontes purulentes de la cornée, 3 hypopyons, 2 capsulites. Ce qui donne un pourcentage infectieux grave de 4,5 %.

DE WECKER, en 1872, s'appuyant sur une statistique opératoire de 1.879 extractions pratiquées dans l'espace de 10 années, du 1^{er} janvier 1869 au 31 décembre 1878, donne les résultats suivants : dans les conditions les moins avantageuses : 92 à 93 % de succès

complets, 4 à 5 % de succès incomplets et 2 à 3 % de pertes. Il opère par section à lambeau périphérique combiné ; il ne pense pas que l'agrandissement du lambeau joue le moindre rôle dans la fréquence de la suppuration, puisqu'il a pu faire 328 extractions simples à lambeau de 4 millimètres, avec seulement 7 suppurations, soit 2 % de pertes.

METHODE PAR ABAISSEMENT

La méthode par abaissement a donné lieu à moins de statistiques que l'extraction.

TARTRÀ, sur 43 déplacements, obtient 24 succès, 4 demi-succès, 5 insuccès, soit 55 % de succès.

DUPUYTREN aurait eu, de 1815 à 1821, 158 succès sur 201 opérations, soit 78 %.

MARC-ANTOINE PETIT indique par l'abaissement : 14 succès, 3 insuccès.

JANSON, *chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Lyon*, sur 250 opérations, obtient 66 % de succès complets et 22 % d'insuccès complets ; par un jour d'orage, il eut, sur 7 opérés, 7 inflammations, dont 5 panophtalmies.

RIVAUD-LANDRAU a pratiqué 177 abaissements, avec 102 succès complets, 25 incomplets et 50 insuccès, soit environ 57 % de succès.

DUBOIS nous donne 87 % de succès.

BARRIER, de Lyon, sur 10 abaissements, a 4 succès complets.

La plupart des opérateurs, pratiquant l'abaissement, opéraient aussi par extraction et il est inté-

ressant de comparer leurs résultats par l'une et l'autre des deux méthodes.

	SUCCÈS PAR ABAISSEMENT	SUCCÈS PAR EXTRACTION
TARTRA	55 %	35 %
RIVAUD-LANDRAU ..	57 %	85 %
SICHEL	65 %	79 %
DUBOIS	87 %	60 %
BARRIER	40 %	83 %

APPRECIATION DES STATISTIQUES

Les ophtalmologistes de toute cette période obtenaient, dans l'opération de la cataracte, 40 à 70 % de succès par l'abaissement, et 35 à 85 % par l'extraction. DE GROEFE, par sa méthode spéciale, donne des résultats supérieurs, avec 10 % de perte, et ses élèves vont même jusqu'à publier des statistiques avec 95 % de succès. Il n'est pas possible actuellement de contrôler ces résultats ; il faut noter de plus que tous ces chirurgiens ne tenaient pas compte de l'infection mais du succès de l'opération.

Si nous nous reportons à l'époque où ces résultats furent publiés, nous voyons que de vives protestations s'élevèrent dans le milieu médical et si nous en croyons DAVIGNOT (1), il était malaisé, vers 1845, d'apprécier la valeur des statistiques, au moment même où elles parurent. Voici ce qu'il nous dit dans la *Gazette des Hôpitaux* :

(1) Voir Drouot, Traité médical des cataractes.

« Les uns rangent quelquefois parmi leurs succès
« tous les cas d'extractions dans lesquels l'œil ne
« s'est pas vidé pendant et après l'opération, et cela
« quoiqu'il soit resté plus ou moins impropre à la
« vision. » Les autres classent parmi leurs succès les
cas où les malades, après l'abaissement ou le broie-
ment, n'ont pas encore perdu la faculté de distinguer
le jour d'avec la nuit, et il ajoute : « A ceux-ci appar-
« tient encore l'idée ingénieuse d'avoir imaginé une
« troisième catégorie d'opérés, dans laquelle ils ran-
« gent le plus naturellement du monde, sous le titre
« de demi-succès, les cas dans lesquels les malades
« voient moins après qu'avant l'opération ». Cette
critique cependant s'adresse beaucoup moins aux
opérateurs de la seconde moitié du xix^e siècle.

RIVAUD-LANDRAU définit lui-même le terme de demi-
succès, en faisant entrer dans cette catégorie les cas
où l'œil, après l'opération, a présenté des troubles
divers, comme : lambeaux de la cristalloïde opaque,
troubles de la cornée, procidence de l'iris, cicatrices
épaisses ou trop hautes, etc...

DE GRAEFE comprend, dans ses insuccès, aussi bien
les yeux perdus par fonte purulente que ceux qui
n'ont plus de force visuelle suffisante et sont inopé-
rables ; il range dans ses demi-succès les cas où l'œil
ne peut lire les caractères ordinaires.

ROUX qui nous révèle un pourcentage considéra-
ble d'insuccès, n'a pas été, lui non plus, à l'abri de
ces critiques et SANSON nous révèle que son interne
FANO, tout en admirant son habileté d'opérateur ne
lui accorde même pas un succès sur 4 opérations.

FURNARI cite une série de ce chirurgien en 1836 où, sur 35 yeux opérés, 31 par extraction et 4 par abaissement, il n'y en eut que 4 qui recouvrirent la vue. « Quant aux personnes, ajoute-t-il, qui opèrent exclusivement par dépression, sur 50 opérations, il y a « 19 succès, 10 demi-succès, 16 iritis qui obstruent « plus ou moins le champ visuel, 3 atrophies du « globe de l'œil, par suite d'hypopyon ou de fonte « purulente et 2 amblyopies amaurotiques. »

SICHEL, lui-même, attaqué dans la *Gazette des Hôpitaux*, répondit, le 6 juillet 1846, que ses résultats étaient consignés dans ses *Cahiers*; mais suivant FOUCHER lui-même, *chirurgien de l'Hôpital Saint-Louis*, les registres des Hôpitaux étaient tenus, à cette époque, avec beaucoup de négligence et laissaient à désirer au point de vue du diagnostic et du traitement.

Bien que la période florissante pour les oculistes ambulants, stigmatisés par BARTISCH, n'ait pas dépassé le XVIII^e siècle, de nombreux ophtalmologistes voyageaient encore, tel le BARON WENZEL, le détracteur de JANIN. Voici ce que LAWRENCE dit de lui : « Il passait pour avoir une grande dextérité, cependant il faut croire que sa pratique avait parfois des succès et qu'il prenait soin de les cacher, car lorsqu'il avait pratiqué une opération, il recommandait de tenir l'œil bandé pendant deux ou trois semaines, au bout desquelles notre opérateur avait eu soin d'aller exercer sur un autre théâtre et d'éviter ainsi les échecs de son amour-propre ; si le malade recouvrait la vue, sa guérison faisait grand bruit, tandis qu'on ne disait rien des cas où il échouait. »

Toutè cette polémique semble montrer que chaque opérateur se trouvait porté, par un sentiment bien naturel, mais peu scientifique, à exagérer la valeur de sa technique opératoire et de son habileté et qu'il ne faut accepter qu'avec réserve leurs résultats ; si bien que CHAVERNAC disait, en 1883, résumant l'opinion de toute une époque : « Je ne veux pas établir « de statistique, parce qu'une statistique n'a de va-
« leur que pour son auteur ; lui seul en connaît les
« péchés mignons, les particularités complaisantes
« et lui seul sait au juste ce qu'il faut en prendre. »

Quoiqu'il en soit, si on compare ces résultats avec ceux que l'on obtenait dans les autres branches de la chirurgie, tels que nous les décrit FARABEUF, dans la préface de son *Traité de Médecine opératoire*, on ne peut que s'étonner des succès obtenus par des opérateurs tels que le Professeur GAYET, qui publiait, en 1872, une statistique de 216 opérations avec seulement 10 infections.

Voici ce que nous dit M. le Professeur ROLLET pour expliquer la résistance du milieu oculaire à l'infection : « C'est que, dans l'opération de la cataracte, les plaies opératoires sont en contact avec des instruments métalliques, c'est que le liquide lacrymal a une influence mécanique et bactéricide... » Aussi, lorsque l'antisepsie fit son apparition, les ophtalmologistes mirent longtemps à obtenir, dans l'opération de la cataracte, les heureux résultats que l'on observa dans les autres branches de la chirurgie, dès l'application de la nouvelle méthode.

CHAPITRE V

Périodes antiseptique et moderne

Nous divisons ici la période antiseptique en deux parties : la période de début et la période actuelle.

I. Les débuts de l'antisepsie

L'application de l'antisepsie à la chirurgie oculaire date de 1880. Au Congrès périodique des sciences médicales, tenu à Londres en 1881, les ophtalmologistes donnent leur opinion sur le « spray phéniqué », alors employé dans toutes les branches de la chirurgie ; mais les résultats ne répondent pas aux espoirs fondés sur la nouvelle méthode.

DE WECKER, en 1880, n'avait eu à déplorer que la perte d'un seul œil sur 250 cataractes, et, en 1881, avec l'antisepsie, il accuse 7 échecs. HORNER, lui non plus, n'a pas eu plus de succès : « L'antisepsie, dit-il, « est nécessaire pour ceux qui font leurs premières « armes ; elle est indispensable dans les hôpitaux

« encombrés ; l'opérateur expérimenté peut, sans
« elle, avoir une bonne statistique ; avec elle il aura
« des garanties plus étendues. » Le Professeur GAYET,
de Lyon, s'élève contre une semblable interprétation ;
les insuccès sont dus, pour lui, à la nocivité de l'acide
phénique pour les milieux de l'œil ; loin d'abandon-
ner une méthode qui a déjà fait ses preuves, il estime
que tous les efforts doivent tendre vers la recherche
d'un nouvel antiseptique. Nous possédons la statisti-
que du Professeur GAYET, de 1880 à 1884 (*Thèse de
Cuche*). Sur 1.117 opérations, on relève 20 panophtal-
mies, 16 infiltrations ou fontes partielles de la cornée,
2 hypopyons et 20 irido-capsulites ou irido-choroï-
dites ; ce qui nous donne un pourcentage infectieux
égal à 5,1 %, alors que dans la période pré-antisepti-
que, le pourcentage était de 4,5 %.

En 1850, STOEBER, de Strasbourg, préconise le chlo-
roforme, et en 1866, DE WECKER, l'éther, pour les opé-
rations sur l'œil, mais ils ne sont pas suivis par l'en-
semble des ophtalmologistes. ORÉ, de Bordeaux, en
1874, propose d'endormir les malades par des injec-
tions d'une solution de chloral ; mais, combattue par
LE FORT et VULPIAN, la méthode est abandonnée.

L'extraction de la cataracte est considérée, en effet,
comme une opération peu douloureuse et les opéra-
teurs redoutent les vomissements si fréquents, sur-
tout avec le chloroforme. Une autre raison très im-
portante provient, comme l'a très bien indiqué TER-
SON, de la position dans laquelle les ophtalmologistes
opèrent leurs malades, un patient assis ne pouvant
être endormi. Il n'y a donc que les énucléations et

les opérations très douloureuses qui profitent de ces découvertes, et pour l'extraction de la cataracte, on se contente d'endormir les malades nerveux ou pusillanimes ; mais les chirurgiens ont toujours à craindre les mouvements involontaires de l'opéré et l'issue du corps vitré, leur conséquence. Aussi, l'unanimité des ophtalmologistes adoptent-ils l'anesthésie locale, dans la proportion de 20 contre 1, lorsque l'application de la cocaïne à la chirurgie oculaire se trouve réalisée en 1884, par les travaux de KOLLER. Cette découverte fut introduite en France par M. le Professeur ROLLET.

II. Période moderne

TECHNIQUE OPERATOIRE. — La méthode par abaissement n'a plus aujourd'hui que des indications très restreintes. Grâce à l'asepsie et à l'anesthésie locale, on opère uniquement par l'extraction à lambeau. L'extraction simple a été préconisée par PANNAS, à Paris, et KNAPP, à New-York. A Lyon, à la Clinique ophtalmologique de M. le Professeur ROLLET, on opère par l'extraction avec iridectomie systématique, kystitomie et massage palpébral, pour l'expulsion des masses cristalliniennes. SCHARP et le Major SMITH ont préconisé l'extraction de la capsule du cristallin ou kystectomie, mais ce procédé expose particulièrement à l'issue du vitré et n'est pas actuellement sans danger.

L'opération s'exécute aujourd'hui, sous le couvert de l'antisepsie, de l'asepsie, qui ont subi de nombreu-

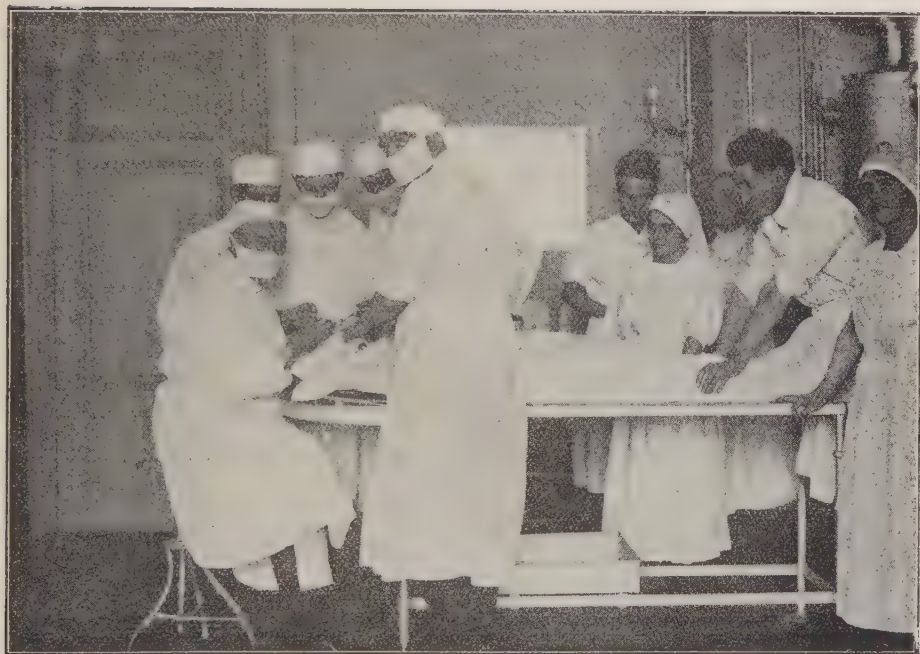
ses variantes dans leur application à la chirurgie oculaire ; ne pouvant les décrire toutes, nous rappellerons succinctement la technique employée à la *Clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu de Lyon*.

La veille de l'opération, vers 17 heures, on applique un *pansement d'épreuve* à l'argyrol-atropine, après lavage des culs-de-sac à l'oxycyanure de Hg au 1/3000.

Le jour de l'opération, on examine le pansement d'épreuve, et, à la moindre sécrétion le malade est renvoyé. Celui-ci est *couché* nu sur une table d'opération peu élevée ; c'est la position adoptée universellement. Le visage du patient est recouvert de linges stérilisés. Certains chirurgiens se tiennent debout ; à la Clinique de Lyon, l'opérateur s'assoit à côté du malade, à gauche et en avant de lui, pour opérer l'œil gauche, et en arrière et à droite, pour l'œil droit. L'opération s'exécute après un nouveau lavage des culs-de-sac à l'oxy-cyanure au 1/3000, et après section des cils et nettoyage des bords ciliaires.

L'anesthésie locale se pratique avec le chlorhydrate de cocaïne au 1/10, qui n'a pas été remplacé. Les instruments sont stérilisés dans une étuve à l'huile d'olive désoléinisée, dont on élève la température entre 140° et 200°, et les pièces de pansement sont passées à l'autoclave.

Après l'opération, on instille une goutte d'argyrol et on applique un pansement sec, qui est levé au quatrième jour. Les malades quittent, en général, la clinique le dixième jour.



Une opération de cataracte en 1925
à la clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu de Lyon

Statistiques

Nous donnons ici un aperçu des résultats opératoires obtenus par les chirurgiens dans la période moderne.

RHOMER, en 1899, sur 77 cataractes séniles, nous accuse 4 panophtalmies, soit 5,19 % d'accidents infectieux graves.

KNAPP, en se basant sur un grand nombre de statistiques, donne la moyenne suivante : 3 % d'insuccès, résultats moyens 10 %, très bons résultats 85 %.

SMITH, par son procédé spécial, donne 99,27 % de très bons résultats, 0,38 % d'assez bons résultats, 0,3 % d'iritis, 6,8 % d'issue du vitré et 0,34 % d'insuccès.

Le Docteur BORDES-PAGÈS, dans sa thèse, nous rapporte les statistiques suivantes, publiées de 1920 à 1923 :

Professeur LAGRANGE : sur 100 cas, 1 panophtalmie, 3 globes perdus pour la vision ;

WALTER-PAKER : sur 1.421 cas, pourcentage infectieux de 0,7 % ;

MYAKE (Kioto) : sur 1.445 opérés, 3,1 % d'infections.

Nous citerons, en terminant, la statistique de notre maître, M. le Professeur ROLLET, en prenant pour base les opérations qu'il a pratiquées *lui-même* à l'hôpital. Nous envisagerons ses résultats au double point de vue des résultats fonctionnels et de l'infection.

RESULTATS FONCTIONNELS. — En considérant seulement les opérés ayant bénéficié d'une acuité vi-

suelle de 1 à 1/50, nous trouvons, dans une statistique parue en 1910 et comprenant 2.430 opérations :

2.173 cataractes avec 97 % de résultats satisfaisants.

64 cataractes traumatiques avec 72 % de succès immédiats ;

42 cataractes congénitales où les malades ont bénéficié de l'intervention dans 82 % des cas.

INFECTION. — Sur les 6.294 sujets opérés par M. le Professeur ROLLET, dans sa pratique hospitalière, il a eu, dans les 500 premières extractions, 2,5 % de suppurations post-opératoires (panophtalmie ou infection grave ayant occasionné la perte de la vue, sans la perte de l'organe), puis 0,46 %. Dans les 4.500 dernières opérations, le pourcentage suppuratif est tombé à 0,29 %. Il a pu être fait 515 opérations de suite, sans accident suppuratif.

M. le Professeur ROLLET n'a jamais noté d'accidents infectieux chez les lacrymaux, toujours opérés préalablement par l'extirpation du sac, les diabétiques et les broncho-pneumoniques.

Si l'on compare ces résultats, moins de 3 suppurations sur 1.000 opérations, et non plus 200 à 250 sur 1.000, comme il y a un siècle (JANSON, 1824), on peut se rendre compte de tout le chemin parcouru. Le succès ne dépend plus aujourd'hui que de la technique opératoire et de la dextérité du chirurgien, dont la statistique s'améliore à mesure qu'augmente le nombre de ses opérations. C'est le triomphe définitif de l'*extraction*, seule méthode rationnelle.

CONCLUSIONS

I. — L'histoire de l'opération de la cataracte comprend trois grandes périodes. Grâce à la Bibliothèque de la Clinique ophtalmologique, qui comprend la presque totalité des ouvrages d'oculistique, nous apportons une étude comparative des résultats post-opératoires des diverses opérations de la cataracte, en insistant sur la position de l'opérateur et du malade.

II. — *La première période* s'étend de l'époque la plus reculée, avec une première description détaillée par Celse (i^{er} siècle), jusqu'à Daviel (1745). Les Grecs et les Latins pratiquent la méthode par abaissement ; pas de soins locaux pré-opératoires ; après l'opération, pansement au blanc d'œuf. Le malade est opéré en position assise.

Les Arabes, au x^e siècle, outre l'abaissement, semblent avoir pratiqué l'extraction ou la succion. Au Moyen Age, l'oculistique est exercée par les périodes ou oculistes ambulants, qui opèrent unique-

ment par abaissement. Ces opérateurs ne nous ont pas laissé de statistiques.

III. — *La deuxième période* s'étend de Daviel, qui, le premier, décrit la méthode actuelle de l'extraction à grand lambeau, jusqu'à la découverte de l'antisepsie (1880) et de l'anesthésie locale à la cocaïne (1884). Pendant toute cette époque, l'extraction et l'abaissement s'emploient concurremment.

Le malade est opéré assis (Guérin-Scarpa), couché (Pamard), ou même debout (Barth).

Les soins pré ou post-opératoires sont nuls ou insignifiants et les statistiques ne tiennent pas compte de l'infection, mais du succès de l'opération. On obtient : par abaissement, de 40 à 70 % de succès ; par extraction à grand lambeau, de 35 à 85 % de succès.

IV. — *La troisième période* comprend l'époque moderne. La méthode à grand lambeau est admise universellement, grâce à la cocaïne. Le malade est opéré en décubitus dorsal. On discute aujourd'hui l'extraction du cristallin avec kystitomie ou l'extraction dans sa capsule (avec kystectomie), ce dernier procédé n'étant pas actuellement sans danger.

V. — Aujourd'hui, grâce à l'anesthésie locale, à une antisepsie discrète et surtout à l'asepsie, au lieu d'obtenir, comme il y a 100 ans (Janson, 1884), 66 % de succès visuels, on a obtenu, à la Clinique ophtalmologique, 97 % de succès pour les cataractes séniles.

Jadis, des statistiques de la période pré-antiseptique nous accusent 220 à 250 suppurations pour 1.000 opérations ; dans la statistique de M. le Professeur Rollet, on eut, au début, 2,5 % de suppurations post-opératoires, puis 0,46 %. Dans les 4.500 dernières opérations, le pourcentage suppuratif est tombé à 0,29 %, moins de 3 pour 1.000. Il a pu être fait 515 opérations de suite sans accidents suppuratifs.

Vu :
LE DOYEN,
JEAN LÉPINE.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
ROLLET.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon le 18 Novembre 1925

Pour le Recteur et par délégation :
Le Vice-Président du Conseil de l'Université,
L. JOSSERAND.

BIBLIOGRAPHIE

Nous donnons ici la liste des ouvrages que nous avons parcourus nous-même à la bibliothèque de la Clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu de Lyon. Cette bibliothèque annexée à la Clinique, comprend aujourd'hui 2.300 volumes reliés consacrés à l'ophtalmologie.

- 400 ans av. J.-C. HIPPOCRATE. — Œuvres complètes. Traduction nouvelle, par E. Littré, Paris, 1839.
- 1^{er} Siècle. CELSE. — De medicina. Traduction Ninnin. Encyclopédie des sciences médicales, Paris, 1837.
- 1305-1363. BIENVENU GRAFFE. — Le Compendil pour la douleur et maladie des yeulx. Revu et collationné par Pansier et Laborde, Paris, 1901.
1363. GUY DE CHAULIAC. — La grande chirurgie. Revue par E. Niçaise, Paris, 1890.
1490. LANFRANC. — Chirurgica magna et parva. Lyon.
- 1509-1590. AMBROISE PARÉ. — Œuvres complètes, par Malgaigne, A Paris, 1840.
1583. BARTISCH VON KONIGSBRÜCK. — οφθαλμοδογλεια das ist Augendienst (Dresde).
1682. FABRICE DE HILDEN. — Opera quæ exstant omnia. Francofurti.
1709. BRISSEAU. — Traité de la cataracte et du glaucoma. A Paris.
1717. LAURENT HEISTER. — Apologia et Uberior illustratio Systematis sui de cataracta glaucomati et amaurosi contra Wolhusii. Altorfi.

1722. DE SAINT-YVES. — Nouveau traité des maladies des yeux. A Paris.
1722. MAÎTRE-JAN. — Traité des maladies de l'œil et des remèdes propres pour leur guérison. A Paris.
1750. PALLUCCI. — Description d'un nouvel instrument propre à abaisser la cataracte avec tout le succès possible. A Paris.
1750. TAYLOR. — Mechanismus oder neue Abhandlung von des Künstlichen Auges. Francfurt-am-Mayn.
1759. PAMARD. — Premier mémoire sur la cataracte, du 27 août 1759. *Les œuvres de Pamard, par A. Pamard et P. Pansier*, p. 75. Paris, 1900.
1770. DESHAIS-GENDRON. — Traité des maladies des yeux. A Paris.
1772. JANIN DE COMBE-BLANCHE. — Mémoires et observations anatomiques, physiologiques et physiques sur l'œil et sur les maladies qui affectent cet organe. A Lyon.
1779. GUÉRIN. — Essai sur les maladies des yeux. A Lyon.
1786. DE WENZEL. — Traité de la cataracte, avec des observations. A. Lyon.
1789. PELLIER DE QUENGSY. — Précis ou cours d'opérations sur la chirurgie des yeux. A Paris et à Montpellier.
1797. BARTH. — Etwas über die Ausziehung des grauenstaares für den geübten operateur. Wien.
1803. SCARPA. — Traité pratique des maladies des yeux ou expériences et observations sur les maladies qui affectent ces organes. Trad. Lèveillé. Paris.
1813. BEER. — Das Auge. Wien.
1815. PELLIER. — Dissertation sur l'opération de la cataracte. *Thèse de Strasbourg*.
1826. CARETTÉ. — Dissertation sur la cataracte. *Thèse de Strasbourg*.
1830. LAWRENCE. — Traité pratique sur les maladies des yeux. Paris.
1831. BONNEFIN. — Quelques mots sur la cataracte. *Thèse de Paris*.
1831. CARRON DU VILLARD. — Recherches médico-chirurgicales sur l'opération de la cataracte. Paris.

1837. MASSÉ. — Considérations sur la cataracte. *Thèse de Paris*.
1837. BUFFET. — Dissertation sur la cataracte. *Thèse de Paris*.
1837. CARDEILHAC. — Dissertation sur la cataracte. *Thèse de Paris*.
1842. SANSON. — Traité de la cataracte. Paris.
1844. JANSON. — Mélanges de chirurgie et comptes rendus de la pratique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu de Lyon. A Lyon.
1844. DE ABREU. — Un nouveau procédé pour la dépression de la cataracte, résultats obtenus à l'Institut ophthalmologique de Bruxelles (D^r Cunier). *Thèse d'Erlangen*, 1844.
1847. LAUGIER. — Nouvelle méthode d'opérer la cataracte, ou méthode par aspiration. *Annales d'Oculistique*, t. XVII, p. 29.
1847. SICHEL. — Recherches historiques sur l'opération de la cataracte par succion ou aspiration. *Annales d'Oculistique*, t. XVII, p. 104.
1848. NEIL. — On the cure of cataract. London.
1850. NÉLATON. — Parallèle des divers modes opératoires employés dans le traitement de la cataracte. *Thèse de Professorat*. Paris.
1850. BRODHURST. — Of the cristalline lens and cataract, London.
1853. RICHARD. — Des diverses espèces de cataractes et de leurs indications thérapeutiques spéciales. Paris.
1853. DINGÉ. — Statistique des résultats de l'opération de la cataracte, pratiquée d'après des indications rationnelles.
1858. DROUOT. — Traité médical des cataractes. Paris.
1861. RIVAUD-LANDRAU. — Statistique d'opérations de la cataracte (*Gazette Médicale de Lyon*, 1861, p. 450.) *Annales d'Oculistique*, 1862, t. XLVII, p. 65.
1865. JACOBSON. — Zur Lehre von der Cataract-extraction mit Lappenschnitt. *Archiv. f. Ophthalmologie*, t. XI, 2^e partie.
1866. DE GRAEFE. — Clinique ophtalmologique. *Edition française*, par Ed. Meyer, Paris.

1866. TEDESCO. — De l'extraction linéaire modifiée par A. de Graefe (*Traduit et analysé par Tedesco.*) *Annales d'Oculistique*, t. LVI, p. 5.
1868. FOUCHER. — Leçons sur la cataracte. Paris.
1868. WOLFE. — An improved method of extraction of cataract. London.
1874. DESMARRES. — Leçons cliniques sur la chirurgie oculaire. Paris.
1879. DE WECKER. — Chirurgie oculaire. Paris.
1881. REYMOND. — Pansement de Lister dans les opérations de cataracte (Congrès périodiques des sciences médicales). *Annales d'Oculistique*, t. LXXXVI, p. 58.
1883. COWELL. — Lectures on cataract. London.
1883. CHAVERNAC. — Extraction de la cataracte. Retour à la méthode de Daviel. *Annales d'Oculistiq.*, t. LXXXIX, p. 43.
1886. WARLOMONT. — L'extraction de la cataracte. Vingt-cinq ans de son histoire. *Annales d'Oculistique*, t. xcv, p. 5.
1886. CUCHE. — Du traitement de la cataracte. *Thèse de Lyon*.
1899. STRICKER. — The crystalline lens system. Cincinnati.
1899. RHOMER. — De la suppression du pansement après l'opération de la cataracte. *Société française d'ophtalmologie*, p. 300, vol. XVIII.
1899. HIRSCHBERG. — Geschichte der Augenheilkunde. Leipzig.
1899. TERSON. — Etudes sur l'histoire de la chirurgie oculaire, Paris.
1901. ROLLET. — Cinq-cents opérations de cataracte sénile. *Lyon Médical*, t. xcvi, p. 611.
1903. PANSIER. — Histoire de l'ophtalmologie. *Encyclopédie française d'ophtalmologie*, t. I, p. 1.
1905. ROLLET. — Histoire de l'ophtalmologie à Lyon. *Revue Scientifique*, 5^e série, t. III, 29 avril et 6 mai.
1905. DROUHIN. — Contribution à l'histoire de l'ophtalmologie à Lyon. *Thèse de Lyon*.
1907. TRUC et PANSIER. — Histoire de l'ophtalmologie à l'école de Montpellier, du XII^e au XX^e siècle. Paris.
1908. DOR. — Affections du cristallin (Historique). *Encyclopédie française d'ophtalmologie*, t. VII, p. 1.

1910. ROLLET. — Considérations sur 2.430 extractions de cataracte. *Revue générale d'ophtalmologie*, p. 337.
1910. VALUDE. — Technique chirurgicale (Opérations sur le cristallin). *Encyclopédie française d'ophtalmologie*, t. IX, p. 53.
1910. GOLOVINSKY. — Remarques sur 2.430 extractions de cataracte. *Thèse de Lyon*.
1912. WOODHURST. — The extraction of senile cataract. Chicago, 1912.
1922. BLONDEL. — L'œuvre ophtalmologique de Pierre Guérin. *Thèse de Lyon*, 1922.
1922. LAKHDARI. — La pratique ophtalmologique chez les Arabes. *Thèse de Lyon*.
1922. DEMONFAUCON. — Evolution historique de l'énucléation de l'œil. *Thèse de Lyon*.
1923. BORDES-PAGES. — Les suppurations consécutives à l'extraction de la cataracte (d'après une statistique de 7.186 cas). *Thèse de Lyon*.
1923. LAGRANGE. — Choix du procédé opératoire dans la cataracte sénile (*La Médecine*, n° 4, janvier 1923).
1924. ROLLET. — Des suppurations, après 6.294 opérations. *Bulletin de la Société d'ophtalmologie*, p. 47 et *Lyon Médical*, 1924.
1925. ROLLET. — Discours de Présidence à la Société de chirurgie de Lyon. *Lyon-Chirurgical*, t. XXII, n° 2, p. 248.
-

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	7
Chapitre Premier. — L'Antiquité et les Arabes ...	11
Chapitre II — Du Moyen-Age à Daviel (XVIII ^e siècle)	17
Chapitre III. — De Daviel (XVIII ^e siècle) à l'antiseptie (1880).....	25
Chapitre IV. — Statistiques opératoires depuis Daviel jusqu'à l'antiseptie.....	37
Chapitre V. — Périodes Antiseptique et moderne..	47
Conclusions.....	55
Bibliographie.....	59

TABLE DES FIGURES

L'opération de la cataracte en 1583.....	21
— — — 1717.....	23
— — — 1844.....	35
— — — 1925.....	51

